

Uppföljning av Grönskogens gruppboende för demenssjuka personer, 18 platser

Dnr: 2009-184-600



Uppföljande stadsdelsförvaltning:

Östermalm

Namn på vård- och omsorgsboende:

Grönskogen, plan 3 och 4

Inriktning:

Gruppboende för demenssjuka personer

Avtalspart/Nämnd:

Opalen Vård AB (Carema Omsorg AB)

Verksamhetschef:

T f verksamhetschef/enhetschef Ann Johans

Hemsida:

www.carema.se

Adress:

Prästgårdsgatan 36, 172 32 Sundbyberg

Telefon:

08-445 10 16

Verksamhetens regiform:

- ☐ Kommunal regi
☒ Privat regi
☐ Entreprenad

Tillstånd från länsstyrelsen (gäller enbart privat verksamhet):

- ☒ Tillståndet överensstämmer med faktiska förhållanden
☐ Tillståndet överensstämmer inte med faktiska förhållanden

Antal boende totalt:

18

Varav antal boende från staden per stadsdelsnämnd:

	Antal
Bromma	1
Enskede-Årsta-Vantör	1
Farsta	1
Hägersten-Liljeholmen	
Hässelby-Vällingby	2
Kungsholmen	
Norrmalm	
Rinkeby-Kista	
Skarpnäck	4
Skärholmen	
Spånga-Tensta	1
Södermalm	1
Älvsjö	1
Östermalm	

 Uppföljningens genomförande:

Uppföljningen utförd av:

Lili Briese, Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska, Matilda Ekström Sundberg, socionom/utvecklingssekreterare

Datum för uppföljningen:

2009-12-14

Vid uppföljningen medverkade från utföraren:

Ann Johans, t f verksamhetschef, Jenny Haglind, ssk, Marin Malki, undersköterska, Marie Hultin, sjukgymnast, Rebecka Rosenbaum, arbetsterapeut

Metod för uppföljningen:

Intervju med t f verksamhetschef, sjuksköterskan, arbetsterapeuten, sjukgymnasten och undersköterskan enligt ovan. Journalgranskning enligt SOL och HSL och granskning av ledningssystem SOL och HSL och andra relevanta dokument.

Sammanfattande bedömning:

Avvikelser

☐ Inga avvikelser finns ☒ Avvikelser finns

Följande avvikelser finns:

1. Datum ska finnas för uppföljning av genomförandeplanen som ska följas upp. 2. Riskbedömningar för fallolyckor, malnutrition och trycksår ska finnas på alla boende. 3. En översyn av antalet årsarbetande omvårdnadsansvariga sjuksköterskor bör snarast göras för att säkra kontinuiteten och dokumentationen. 4. All omsorgspersonal bör få direkt utbildning i livsmedelshygien och kost och nutrition för äldre. 5. Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen bör göras i början av 2010.

Avvikelserna skall vara åtgärdade senast:

Punkt 3: 1/3-10 med skrivelse från ledningen. Övriga punkter följs upp i okt -10.

Samlad bedömning av uppföljningen:

Grönskogens gruppboende för demenssjuka personer ligger i ett lugnt område i centrala Sundbyberg. Verksamheten drivs av Opalen vård AB som ingår i Carema Omsorg AB. Personalen har ett trevligt och korrekt bemötande av de boende. Den sociala och medicinska dokumentationen behöver förbättras. Det ska finnas datum för uppföljning av genomförandeplanen som ska följas upp. Riskbedömningar för fallolyckor, felnäring och trycksår ska finnas på alla boende. En översyn av antalet årsarbetande omvårdnadsansvariga sjuksköterskor bör göras snarast för att säkra kontinuiteten och dokumentationen. All omsorgspersonal bör få direkt utbildning i livsmedelshygien och kost och nutrition för äldre.

Ekonomi och Administration:

- ☒ Rutiner finns för avstämning med beställaren för reglering av ersättning
- ☒ Rutin finns för rapportering av förändrat behov
- ☒ Avvikelserapporteringen är tillfredsställande
- ☒ Fakturorna avser rätt period
- ☒ Fakturorna ger tillräckligt underlag för betalning

Eventuella kommentarer om ekonomi och administration:

Från fakturaenheten, Östermalms sdf, önskas separata fakturor utifrån IKB och vårdform, t ex korttidsboende eller gruppboende.

Ledning och personal:

Ledning:

Minst en av dem som är ansvarig för driften av verksamheten (verksamhetschef/ enhetschef) har:

- ☒ Ingående kunskaper om tillämpliga lagar, förordningar, föreskrifter och allmänna råd
- ☒ Minst 36 månaders praktisk erfarenhet av arbete heltid inom äldreomsorgen exempelvis som omsorgspersonal eller som arbetsledare
- ☒ Dokumenterad relevant utbildning, d.v.s. socionomutbildning med inriktning mot äldre och funktionshindrade, ålderdomshemsföreståndarutbildning, social servicelinje, sjuksköterskeutbildning eller annan eftergymnasial utbildning som ger likvärdiga kunskaper.

Omvårdnadspersonal (ej HSL personal):

Totalt antal anställda på uppföljd inriktning:

13

Totalt antal anställda på uppföljd inriktning omräknat till helårsanställningar:

Personalens anställningsform:

- ☐ 100 % av personalen är tillsvidareanställda
- ☒ Minst 75 % av personalen är tillsvidareanställda
- ☐ Minst 50 % av personalen är tillsvidareanställda
- ☐ Minst 25 % av personalen är tillsvidareanställda
- ☐ Mindre än 25 % av personalen är tillsvidareanställda

Personalens kompetens totalt (oavsett anställningsform):

- ☐ 100 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Minst 90 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☒ Minst 80 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)
- ☐ Under 80 % har adekvat utbildning (vårdbiträde/undersköterska)

Personalomsättningen bland omvårdnadspersonalen under det senaste året:

- ☐ 0 %
- ☒ 1-5 %
- ☐ 6-10 %
- ☐ 11-15 %
- ☐ 16-20 %
- ☐ 21 % eller mer

Personal:

- ☒ All legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har för verksamheten adekvat specialist utbildning eller erfarenhet som bedöms likvärdig
- ☒ Plan finns för all personals kompetensutveckling
- ☒ Rutiner finns för introduktion av nyanställda
- ☒ All personal behärskar det svenska språket i tal

☐ All personal behärskar det svenska språket i skrift

Personalen bär identifikation synlig för brukaren med:

☒ Dennes (personalens) namn

☒ Utförarens namn

Eventuella kommentarer avseende ledning och personal:

Personalen dokumenterar men svenska språket i skrift är inte alltid helt adekvat.

Boendemiljö:

☒ Utrymme finns för de boendes tillhörigheter samt för förvaring

☒ I de boendes rum ingår som grundutrustning hemvårdssäng med tillhörande standardmadrass

☒ Utföraren tillhandahåller kostnadsfritt förbrukningsartiklar såsom tvätt- och städartiklar, glödlampor, toalettpapper engångsmaterial och inkontinenshjälpmedel

☒ Tillgång till TV finns

De boende erbjuds bostad med:

☒ Egen toalett

☒ Egen dusch

☒ Egen kokmöjlighet

Eventuella kommentarer avseende boendemiljön:

Ledningssystem SOSFS 2006:11 (SoL)

☒ Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2006:11

☐ Arbete med att ta fram ett ledningssystem i enlighet med SOSFS 2006:11 pågår

Eventuell kommentar angående ledningssystem i enlighet med SOSFS 2006:11:

Ledningssystemet heter Qualimax. Grönskogen använder brukarundersökningar varje år, liksom personalundersökningar. I januari 2010 kommer även en undersökning riktad till närstående att genomföras.

Inflyttning:

☒ De boende får vid inflyttningen muntlig information

☒ De boende får vid inflyttningen skriftlig information

Eventuell kommentar om muntlig och/eller skriftlig information vid inflyttning:

Kontaktmannaskap:

- ☒ Det finns en kontaktman för varje boende
- ☒ Den enskilde har möjlighet att byta kontaktman
- ☒ Utföraren arbetar för att uppnå kontinuitet för den enskilde, dvs. minimerar antalet personal hos den enskilde och håller överenskomna tider

Eventuell kommentar om kontaktmannaskap:

Max 2 boende per kontaktperson.

Dokumentation utifrån bestämmelser i socialtjänstlagen samt brukarinflytande:

- ☒ Beställning finns
- ☒ Av beställningen framgår aktuell situation och insatsens syfte
- ☒ Löpande dokumentation finns om faktiska omständigheter och händelser av betydelse
- ☒ Dokumentationen förvaras på ett betryggande sätt
- ☒ Genomförandeplaner finns för alla boende

De genomförandeplaner som finns innehåller:

- ☒ Kontaktmannens namn
- ☒ Ett veckoschema där insatsernas utformning och genomförande beskrivs till innehåll och tid samt vilka av insatserna som ingår i kontaktmannens ordinarie arbetsuppgifter
- ☒ Att information har getts om enhetens klagomålshantering
- ☐ Datum för utförarens uppföljning av genomförandeplanen, med angivande av områden som är av speciell vikt att följa upp
- ☒ Ansvarig arbetsledare
- ☒ Underskrift av kontaktman
- ☐ Underskrift av den enskilde eller då detta inte är möjligt anhörig/närstående/god man
- ☐ Den enskilde och/eller deras företrädare deltar vid upprättande av genomförandeplan

Anhörig/Förtroenderåd:

- ☐ Anhörigråd finns
- ☐ Förtroenderåd finns

Eventuell kommentar om dokumentation utifrån bestämmelser i socialtjänstlagen och brukarinflytande:

Den enskilde kan inte skriva under genomförandeplanen pga sin demenssjukdom. Anhöriga är inte alltid intresserade av att vara med vid upprättandet av genomförandeplanen. Anhöriga är inte intresserade av att vara med i vare sig anhörig- eller förtroenderåd. Brev skickas till de anhöriga var 4:e månad om vad som hänt rent allmänt på boendet. I 2 av de granskade journalerna fanns inte datum för uppföljning av genomförandeplanen.

Synpunkts- och klagomålshantering:

- ☒ System finns för synpunkts- och klagomålshantering
- ☒ Information finns så att den enskilde vet var han/hon ska vända sig för att lämna synpunkter och klagomål
- ☒ Redovisning finns över inkomna synpunkter och klagomål och vilka åtgärder som vidtagits med anledning av

desså

☒ Årliga brukarundersökningar genomförs

Eventuell kommentar på synpunkts- och klagomålshantering samt rapportering:

Lex Sarah enligt 14 kap 2§ SoL (SOSFS 2008:10):

- ☒ Rutiner finns för anmälan enligt Lex Sarah
☒ Rutiner finns för att placerande stadsdelsnämnd omedelbart får kännedom om anmälan enligt Lex Sarah
☒ Ingen anmälan enligt Lex Sarah har skett sedan föregående uppföljning

Antal Lex Sarah anmälningar som har gjorts sedan föregående uppföljning:

Om Lex Sarah anmälan gjorts, ange avseende vad:

Eventuell kommentar angående Lex Sarah:

Kost

- ☒ Matintaget fördelas jämnt över dygnets vakna timmar, med frukost, lunch och middag samt tre mellanmål med hänsyn tagen till att nattfastan inte överstiger 11 timmar
☒ Kosten är anpassad efter individens behov, utifrån Livsmedelverkets rekommendationer
☒ De boende erbjuds möjlighet att välja mellan minst två varmrätter vid huvudmålet
☒ Tillgång finns till specialistkompetens i kost- och nutritionsfrågor
☒ Ett egenkontrollprogram finns, anpassat efter aktuell verksamhet

Andel personal som har genomgått utbildning avseende kost och nutrition för äldre, med hänsyn till arbetets utformning:

☐ 0 % ☒ 1-30 % ☐ 31-50 % ☐ 51-65 % ☐ 66-75 % ☐ 76-85 % ☐ 86-100 %

Andel personal som har genomgått utbildning avseende livsmedelshygien:

☐ 0 % ☒ 1-30 % ☐ 31-50 % ☐ 51-65 % ☐ 66-75 % ☐ 76-85 % ☐ 86-100 %

Eventuell kommentar angående kost:

Maten beställs från Tibble Kök och Käk, beställs per avdelning för att anpassas efter de boendes behov. Endast kostombud, hygienombud och några personal till (10 av 33 personal dvs räknat på hela Grönskogens personal) har gått utbildning avseende kost och nutrition för äldre respektive livsmedelshygien. De har sedan undervisat sina kollegor. Uppföljande MAS och SOL

uppföljaren menar att det är viktigt att all personal får direkt utbildning enligt ovan. Detta följs upp vid nästa uppföljning.

Aktivering och ledsagare:

- ☒ De boende erbjuds, utifrån förmåga och önskemål, vardagsnära aktiviteter och stimulans
- ☒ Som ett komplement till den egna verksamheten sker samarbete med frivilliga organisationer i syfte att tillgodose de boendes sociala, kulturella, andliga och mentala behov
- ☒ De boende erbjuds regelbunden utevistelse
- ☒ Personal eller annan lämplig person följer vid behov med de boende till sjukhus, läkare, tandläkare, frisör etc

Eventuell kommentar angående aktivering:

Hantering av egna medel och nycklar:

- ☒ Rutiner finns för hantering av egna medel
- ☒ Rutiner finns för hantering av nycklar

Eventuell kommentar angående hantering av egna medel och nycklar:

Städning och tvätt:

- ☒ Lägenheter/ rum och gemensamma utrymmen städas och vårdas så att krav på hygien och trivsel upprätthålls
- ☒ Utföraren svarar för att de boendes personliga kläder tvättas regelbundet
- ☒ Utföraren svarar för att de boendes personliga kläder stryks vid behov
- ☒ Vid behov utförs mindre lagningar av kläder
- ☒ Buffertförråd finns med linne och kläder för akuta behov

Eventuell kommentar angående städning och tvätt:

Hälso- och sjukvård:

- ☒ Verksamhetschef finns i enlighet med 29 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL)
- ☒ Sjuksköterska finns enligt HSL 24 §
- ☒ Tjänstgörande sjuksköterska finns tillgänglig dygnet runt alla dagar i veckan. Om sjuksköterskan inte finns på plats i boendet överstiger inställelsetiden inte 30 minuter
- ☒ De boende har en omvårdnadsansvarig sjuksköterska
- ☒ De boende har en namngiven läkare
- ☒ Rutiner finns för hur hälso- och sjukvårdspersonal ska kontaktas

- ☒ Möjlighet finns till hembesök av läkare alla tider på dygnet
- ☒ Rutiner finns för delegering
- ☒ Ett system finns för regelbundna nutritionsutredningar som omfattar nutritionsbedömning med uppföljning och åtgärd
- ☒ De boende har tillgång till uppsökande verksamhet med munhälsobedömning samt tandvårdsintyg för nödvändig tandvård

Eventuell kommentar till Hälso- och sjukvård:

Den t f verksamhetschefen är sjuksköterska. MAS ansvaret har Christina Lindberg, som arbetar centralt i Carema AB. Läkarsatserna sköts av Örby gerokonsult AB hela dygnet sedan Röda Korsets sjukhus sagt upp sitt läkaransvar. Sedan föregående uppföljning har den heltidsanställda sjuksköterskan av de 1,5 sjuksköterskorna slutat. Ordinarie verksamhetschef är föräldraledig och en ny heltidsanställd sjuksköterska vikarierar för chefen parallellt med visst arbete som sjuksköterska. Hon har tidigare arbetat både som chef och sjuksköterska i äldreomsorgen. Distriktssköterskan (dsk) som arbetade halvtid vid förra uppföljningen arbetar idag heltid. I januari 2010 kommer en timanställd sjuksköterska på halvtid och dsk minskar då sin arbetstid till 75%. Sjuksköterskorna tjänstgör på kontorstider. Från kl 16-23 alla dagar arbetar Caremas egen kvällspatrull av sjuksköterskor. Beredskapssjuksköterska arbetar mellan kl 23-08. På helgerna dagtid 8-16 finns helgsjuksköterska. Sannolikt behöver hela verksamheten, dvs alla 4 planen, minst 1,5 omvårdnadsansvarig sjuksköterska för att säkra upp kontinuiteten och dokumentationen. I den för övrigt väl strukturerade rutinen för kontakt med hälso- och sjukvårdspersonal finns inget noterat om helgsjuksköterskan. Enligt chefen känner all personal till telefonnummer till helgsjuksköterskan. Telefonnumret finns på anslagstavla på alla 4 planen. Uppföljande MAS rekommenderar att aktuell rutin kompletteras med ovan information.

Ledningssystem i enlighet med SOSFS 2005:12 (HSL)

- ☒ Ledningssystem finns i enlighet med SOSFS 2005:12
- ☐ Arbete pågår med ledningssystem i enlighet med SOSFS 2005:12

Eventuell kommentar till ledningssystem:

Carema har ett omfattande och övergripande kvalitetssystem, Qualimax och utifrån detta har Grönskogens verksamhet lokala rutiner för HSL.

Lex Maria (SOSFS 2005:28):

- ☒ Rutiner finns för anmälan enligt Lex Maria
- ☒ Rutiner finns för att placerande stadsdelsnämnd omedelbart får kännedom om anmälan enligt Lex Maria
- ☒ Ingen anmälan enligt Lex Maria har skett sedan föregående uppföljning

Antal Lex Maria anmälningar som har gjorts sedan föregående uppföljning:

Om Lex Maria anmälan gjorts, ange avseende vad:

Eventuell kommentar angående Lex Maria:

Dokumentation av hälso- och sjukvård:

- ☒ Journaler finns och innehåller den lagstadgade journalföringen
- ☐ Journalen innehåller riskbedömningar för fall
- ☐ Journalen innehåller riskbedömningar för undernäring
- ☒ Journalen innehåller riskbedömningar för trycksår
- ☒ Valda delar av journalen finns tillgänglig för berörda personalkategorier så att de boende får nödvändig vård och omsorg
- ☒ Vårdplanen inklusive rehabplanen uppdateras minst en gång per år samt vid förändringar i hälsotillståndet
- ☒ Journalhandlingarna förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem

Eventuell kommentar till dokumentation av hälso- och sjukvård:

Journaler förs på dataprogrammet SafeDoc som innehåller både SOL och HSL. Omsorgspersonalen kan läsa HSL journalen och verksamhetschefen kan läsa allt i journalerna. BMI görs på alla boende och vikt tas minst 4 ggr per år. Sjuksköterskorna ska göra riskbedömningar på alla boende vad gäller fallolyckor och felnäring, inte bara beträffande trycksår. Detta görs fortfarande inte på alla boende. Denna avvikelser fanns med i förra uppföljningen. Varför detta inte genomförts fullt ut kan bero på personalomsättningen i sjuksköterskebemanningen det senaste året.

Rehabilitering:

- ☒ För nyinflyttade boende görs en rehabiliteringsbedömning inklusive ADL av sjukgymnast/arbetsterapeut och vid behov upprättas en rehabiliteringsplan
- ☐ Vid behov ger sjukgymnast/arbetsterapeut behandling individuellt eller i grupp
- ☒ Vid behov ger sjukgymnast/arbetsterapeut handledning till övrig personal
- ☒ Utrustning finns för träning och sjukgymnastik

Eventuell kommentar till rehabilitering:

Det finns en sjukgymnast som kommer 8 t/v från Care Team, ett dotterbolag till Carema och en arbetsterapeut också på 8 timmar per vecka. Båda kommer samma dag och ger då 16 timmar rehab insatser till boendet per vecka. Rehabpersonalen ger ej individuell träning utan instruerar och ordinerar personalen att göra det i den dagliga omsorgen. Rehab följer upp sina ordinationer.

Medicintekniska produkter:

- ☒ Lokala rutiner finns i enlighet med SOSFS 2008:1
- ☒ Utföraren tillhandahåller och bekostar den medicinska och medicintekniska utrustningen, övrig utrustning, arbetsredskap, hjälpmedel, förbrukningsartiklar, inkontinenshjälpmedel m.m. som åtgärd för att fullgöra åtagandet

Eventuell kommentar till medicintekniska produkter:

Distriktssköterskan (dsk) kan förskriva inkontinenshjälpmedel men det finns fortfarande ett visst motstånd från personalen som helst vill följa gamla rutiner vad gäller beställningar av inkontinensskydd. Rehabpersonalen har en väl strukturerad pärm betr MTP med relevanta rutiner för verksamheten. Uppföljande MAS föreslog att denna pärm också borde innehålla en rutin om begränsningsåtgärder.

Hygien:

- ☒ Utföraren arbetar med basala hygienrutiner i enlighet med vårdprogram för MRSA och utrustning (ex. engångshandskar, handsprit) för detta finns tillgängligt för personalen
- ☒ All personal har utbildning om basala hygienrutiner
- ☒ Vårdprogram för MRSA tillämpas även i övriga delar

Eventuell kommentar till hygien:

Verksamheten har avtal med Vårdhygien.

Läkemedel:

- ☒ Lokal instruktion finns i enlighet med SOSFS 2000:1
- ☐ Extern kvalitetsgranskning av läkemedelshanteringen sker årligen

Eventuell kommentar till läkemedel:

Verksamheten har ett akut- och buffertförråd. Det är sannolikt flera år sedan någon extern kvalitetsgranskning gjordes. Detta bör göras i början av 2010.

Begränsningsåtgärder:

- ☒ Rutiner och dokumentation finns för beslut om begränsningsåtgärder
- ☐ Begränsningsåtgärder förekommer inte vid uppföljningstillfället

Eventuell kommentar angående begränsningsåtgärder:

Sänggrindar ordineras av sjuksköterskan. Brickbord ordineras av rehabpersonalen. En person har positioneringsbälte i rullstolen, ordinerat av rehabpersonalen och samma person har grensele vid måltider. En person till har positioneringsbälte. I början av användandet av bälten enligt ovan följer rehabpersonalen upp tätare och därefter mer sällan. Läkaren som ordinerar grensele ska också följa upp sin ordination. För ovan ordinationer ska finnas indikation, tidslängden för användandet av skyddsåtgärden under dagen och tidpunkt för nästa uppföljning.

Vård i livets slutskede:

- ☒ Rutiner finns för vård i livets slutskede
- ☒ Rutinerna för vård i livets slutskede omfattar hänsynstagande till den enskildes önskemål och stöd till närstående

Eventuell kommentar angående vård i livets slutskede:

Distriktssköterskan ska försöka initiera metoden LCP vid vård i livets slutskede. LCP= Liverpool Care Pathway, en strukturerad metod från England som kvalitetssäkrar vården i livets slutskede.